



DIPARTIMENTO DI BIOMEDICINA, NEUROSCIENZE E DIAGNOSTICA AVANZATA

Il Direttore: Prof. Giuseppe Ferraro

Il/La sottoscritto/a con la qualifica di *
 e con i dati anagrafici già riportati sul modulo di
autorizzazione a compiere la missione di cui in oggetto, ai fini del rimborso delle
spese sostenute durante la missione effettuata a
dal * al * per il seguente motivo *

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di essere partito il giorno * alle ore *
- Di essere rientrato il giorno * alle ore *

*Allegare **gli originali** dei seguenti documenti:*

- n. biglietto aereo (corredati da carte di imbarco) €
- n. biglietto nave €
- n. biglietto autobus €
- n. fattura o ricevuta fiscale di albergo €
- n. documento commerciale di pasto €
- quota di iscrizione al Convegno
(con relativo attestato di partecipazione) €
- Altro:

Il/La sottoscritto/a * , avendo svolto la
missione a dal * al *
 sulla base dei documenti presentati,

CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute pari ad un **totale** di €
meno eventuale somma **anticipata** pari a €
TOTALE RIMBORSO €



DIPARTIMENTO DI BIOMEDICINA, NEUROSCIENZE E DIAGNOSTICA AVANZATA

Il Direttore: Prof. Giuseppe Ferraro

Dichiara a tal fine di non avere percepito, allo stesso titolo, somme da altri soggetti pubblici o privati.

Il relativo rimborso dovrà essere accreditato presso la

Agenzia, c/c n. , CAB ,

ABI , IBAN

Palermo, li

Il Richiedente
